Rok LIII. Kraków, dnia 9 maja 1914. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Zaburzenia odżywiania u niemowląt.

(Wykład kliniczny).*)

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

Nieżyty żołądkowo - jelitowe niemowląt lub, jak je obecnie wielu autorów, mianowicie niemieckich, nazywa, zaburzenia odżywiania, zaprzątały oddawna w wysokim stopniu umysły pedyatrów. Nic dziwnego, chodzi przecież o dział bardzo ważny, może najważniejszy z całej nauki o chorobach dziecięcych, przytem dział najściślej i najwyłączniej do tej nauki przynależny. O ważności tych spraw świadczy najlepiej okoliczność, że z przypadków śmierci na choroby żołądkowo-jelitowe $^3/_4$ przypada na niemowlęctwo, a w niemowlęctwie znów samem śmiertelność w $^3/_4$ od nich właśnie zależy.

Pojęcia nasze o nieżytach żołądkowo-jelitowych i niestrawnościach niemowląt ulegały z biegiem czasu wielokrotnie zmianom, zależnym w znacznej mierze od prądów, panujących równocześnie w innych działach medycyny. Ciągle natrafiano na nieprzebyte trudności i ciągle szukano nowych dróg. Toteż przed niedawnym jeszcze czasem w całym chaosie podziałów, określeń, nazw, wyników badań, przypuszczeń i teoryi nie można się było wogóle zoryentować. Najlepszym dowodem zawiłości przedmiotu była okoliczność, że podręczniki, traktujące szczegółowiej te sprawy, a wychodzące zeszytami, takie, jak podręcznik Czernego i Kellera, lub Finkelsteina, na zaburzeniach odżywiania na długo utykały.

W ostatnich kilkunastu latach pracowano nad rozwiązaniem całego szeregu zagadnień, łączących się z zaburzeniami odżywiania, bardzo usilnie i prace te mogą się poszczycić wybitnymi wynikami. Prawie wyłącznie chodzi tu o prace autorów niemieckich: Czernego, Heubnera, Finkelsteina i ich uczniów. Z wynikami właśnie tych prac chciałbym Panów zapoznać, a jest to wskazane tembardziej, że chodzi tutaj o rzeczy ważne nietylko dla pedyatry, ale mające niewątpliwie poważne ogólne znaczenie. W zakresie bowiem odżywiania ustrój niemowlęcia, nadzwyczaj wrażliwy na wpływy pokarmowe, odgrywa, o ile się można tak wyrazić, rolę czułego odczynnika lub czułego przyrządu. Odpowiada on z wielką stosunkowo stałością i znacznemi wychyleniami nawet w takich okolicznościach, w których ustrój dojrzalszy, jako mało czuły, nie zostaje wyprowadzony z równowagi. Ta okoliczność ułatwia oczywiście znakomicie systematyczne badania. Różnica nie jest jednak bezwzględna. I ustrój dojrzały może w pewnych warunkach, n. p. po przebyciu pewnych chorób zakaźnych, lub gdy jest dotknięty pewnemi wadami ogólnemi, okazywać większą wrażliwość, podobną do niemowlęcej, a wtedy zdobycze pedyatryi mogą się bardzo przydać lekarzowi do zrozumienia spraw, które się mogą rozwinąć i do zastosowania odpowiedniego postępowania. Wspomnieć wreszcie muszę, że niektóre przypuszczenia, wypowiedziane ostatnimi czasy, n. p. tyczące się gorączki pokarmowej, o ile się utrzymają, oddziałać muszą wybitnie na pewne nasze ogólne pojęcia patologiczne.

Należy jednak pamiętać, że znajdujemy się ciągle jeszcze w okresie usilnej pracy badawczej i twórczej. Ostatnie słowo nie zostało tu jeszcze wypowiedziane, wiele szczegółów jest niejasnych, wiele przypuszczeń niedostatecznie ugruntowanych. Niejedno jeszcze przez dalsze badanie zostanie obalone i zastąpione czem innem, jak się to działo i dotychczas; nie ulega jednak także wątpliwości, że znaczna część zdobyczy z ostatnich czasów pozostanie naszym trwałym dobytkiem.

* * *

Choroby żołądkowo-jelitowe niemowląt nie stanowią grupy etyologicznie jednolitej. Musimy tu przedewszystkiem wyłączyć dział zakaźnych chorób żołądkowo-jelitowych takich, jak dur brzuszny, paratyfus, czerwonka, cholera i jak mniej dokładnie zbadane sprawy zapalne, polegające na zakażeniach paciorkowcami, prątkami kałowymi itp. Nie będziemy się niemi wcale zajmować; wspomnę tylko, że objawy tych chorób nie są oczywiście pochodzenia pokarmowego, to też przez zmiany w pokarmie doprowadzanym nie można na nie wybitniej oddziaływać. Przedmiot, którym się mamy zająć, to właściwe dla wieku niemowlęcego zaburzenia odżywiania w pojęciu Czernego i Kellera, zaburzenia, rozwijające się pod bezpośrednim wpływem pokarmu, i to nawet wtedy, gdy pokarm jest nierozłożony i gdy nie wchodzi w grę żadna sprawa zapalna lub zakaźna przewodu pokarmowego.

*) Wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem 16. kwietnia 1913.

Klinicznie, jeżeli za podstawę opisu weźmiemy skrajnie czysty typ, jaki rozwija się przy użyciu mleka krowiego pełnego, lub rozcieńczonego wodą słabo ocukrzoną, sprawa przedstawia się jako postępujące wyniszczenie, tak że w końcu powstaje obraz, znany pod nazwą zaniku niemowlęcego (atrophia infantum). Ponieważ jednak obraz zaniku może być u niemowlęcia, podobnie jak u dorosłego stan charłaczy, zejściem spraw różnorodnych, więc na określenie zaburzeń odżywiania, wiodących do zaniku, należało użyć osobnej nazwy. Finkelstein podał też rzeczywiście — według mego zdania zresztą niezbyt szczęśliwą — nazwę: »decompositio alimentaris«, niszczenie pokarmowe. Przez nazwę tę chciał on wyrazić, że tu pokarm działa na ustrój dziecka chorego wprost rozkładająco, niszcząco, lub, co na jedno wychodzi, że ustrój pod wpływem pokarmu rozkłada się, niszczeje.

W zaburzeniu tem można, według Finkelsteina, odróżnić trzy stopnie, a zarazem trzy okresy chorobowe: pierwszy wstępny, zwiastunowy, gospodarki wadliwej lub niedomagania gospodarki (nazwa niemiecka »Bilanzstörung« znów jest, mojem zdaniem, niebardzo szczęśliwie dobrana), drugi — niestrawności (stadium dyspepticum) i trzeci — właściwego niszczenia pokarmowego (decompositio alimentaris).

W okresie wstępnym gospodarka składnikami pokarmu niedomaga. Okazuje się to już choćby z zachowania się ciężaru ciała: krzywa ciężaru podnosi się znacznie wolniej, aniżeli w warunkach prawidłowych i okazuje znaczniejsze wahania, nagłe skoki i spadki, świadczące, że przybudowa ustroju, narastanie właściwej substancyi ciała, nie odbywa się w sposób trwały, solidny. Także rozbudowa, rozszczepianie nie przebiega prawidłowo, o czem można wnosić ze znaczniejszych wahań ciepłoty ciała.

Ostateczny bilans tej gospodarki, wyrażający się w jakości tkanek i sprawności narządów, niema pełnej wartości: dziecko nietylko jest chude, ale tkanki jego są wiotkie, siła mięśniowa mała, odporność na zakażenie obniżona, usposobienie przygnębione, sen płytki, niespokojny.

Wyraźniejszych objawów żołądkowo-jelitowych może nie być zupełnie. Przeważnie jednak stolce są nieco wolniejsze, lub przeciwnie zbitsze, a w typowych przypadkach tłuszczowo-mydlane, podobne do kitu szklarskiego, złożone w głównej swej masie z mydeł ziem alkalicznych, połączeń kwasów tłuszczowych z wapnem i magnezyą.

Bardzo cechującem jest oddziaływanie dziecka chorego na pewne zmiany w pokarmie. Dziecko przy podawaniu pokarmu zawierającego mało tłuszczu, a bogatego w węglowodany, zatem n. p. maślanki (z odpowiednimi dodatkami mąki i cukru) lub polewki słodowej, może się zachowywać, jak dziecko zdrowe. Gdy jednak pewną część tego pokarmu zastąpimy śmietanką i w ten sposób doprowadzimy większą ilość tłuszczu, podnoszenie się ciężaru natychmiast ustaje. Mamy tu przed oczyma typowe oddziaływanie opaczne na pokarm (paradoxe Reaktion). Znane ono już było po części Czernemu i Kellerowi, ale dopiero przez Finkelsteina podniesione zostało do znaczenia ogólnego objawu przy wszystkich zaburzeniach odżywiania. W danym przypadku tłuszcz, ten składnik pokarmowy »par excellence« tuczący, wywołuje zastój w podnoszeniu się ciężaru ciała.

Tylko małe ilości tłuszczu mogą być prawidłowo przerobione i wyzyskane, t. zn. podane nie wywołują niepożądanych objawów. Określamy to krótko, mówiąc, że tolerancya na tłuszcz jest obniżona. I znowu mamy tutaj pojęcie, znane wprawdzie z fizyologii i ogólnej patologii, ale zastosowane świeżo do systematycznego studyowania zaburzeń odżywiania, pojęcie tolerancyi.

Na stopniu niedomagania gospodarki zatrzymuje się niekiedy sprawa bardzo długo, niema bowiem jeszcze charakteru wybitnie postępującego. U dzieci jednak wrażliwych, szczególniej u niemowląt w pierwszych tygodniach życia, okres ten może być bardzo krótki, tak że choroba zaczyna się pozornie odrazu niestrawnością.

Okres niestrawności zaznacza się wystąpieniem wybitniejszych objawów żołądkowo-jelitowych. Zjawiają się przedewszystkiem stolce dyspeptyczne: oddziałują one kwaśno, są mniej lub więcej wodniste, częstsze, przytem są niejednolite, częściowo śluzowe, częściowo złożone z grudek żółtawo-szarych, dawniej uważanych za niestrawiony sernik. Stolce te określamy jako stolce zwarzone, przypominają bowiem kawę ze zwarzoną śmietanką. Towarzyszą tym stolcom wzdęcia, gazy, bóle morzyskowe, niekiedy także wymioty.

Inne objawy niewiele się różnią od tego, co widzieliśmy przy niedomaganiu gospodarki. Ciężar ciała nie idzie w górę; przy próbie otrzymania przyrostu przez podawanie stosownych ilości (100 kaloryi na kilogram wagi dziecka) objawy niestrawności zaostrzają się, następuje zatem wybitne oddziaływanie opaczne, przycichają zaś, gdy podamy ilości skąpe, do prawidłowego rozwoju nie wystarczające. Ciepłota ciała okazuje znaczniejsze wahania, a średnia jej przesuwa się z reguły ku górze.

Pojawienie się niestrawności ma w rozwoju cierpienia według Finkelsteina bardzo wielkie znaczenie. Dopiero niestrawność stwarza warunki do powstania objawów groźnych, objawów właściwego niszczenia lub zatrucia pokarmowego.

W okresie niszczenia dziecko zachowuje się tak, jakby energia jego w zakresie trawienia i odżywiania była zupełnie wyczerpana. Ciężar ciała zaczyna opadać, początkowo wolno, potem coraz gwałtowniej aż do zejścia śmiertelnego. Spadki mogą w końcu wynosić 100 gr. dziennie i więcej. Rozwija się szybko obraz zaniku. Trzeba podnieść z naciskiem, że opadanie ciężaru ciała odbywa się nie mimo karmienia, ale właśnie skutkiem karmienia. Pokarm doprowadzany, a ze składników pokarmu w pierwszym rzędzie tłuszcz wywołuje to opaczne oddziaływanie. Przeciwnie przez ograniczenie, albo usunięcie na pewien czas podawania pokarmu można, przynajmniej w przypadkach niezbyt daleko posuniętych, powstrzymać to opadanie ciężaru.

Z innych objawów ważne jest obniżenie ciepłoty ciała (hypotermia), rzadkość tętna, rzadkość oddechów i wydłużenie wydechu. Objawy niestrawności trwają w dalszym ciągu.

Jako ostatni obraz kliniczny pozostaje wreszcie do omówienia zatrucie pokarmowe, lub, jak się wyrażają Czerny i Keller, toksykoza pokarmowa. Chodzi tu w pojęciu Finkelsteinowskiem tylko o pewien rodzaj oddziaływania opacznego na pokarm. Pojawia się ono głównie przy karmie-

niu mieszankami, zawierającemi mało tłuszczu, a bogatemi w serwatkę krowią i cukry, n. p maślanką ze znacznym dodatkiem mąki (15%) i cukru trzcinowego (6%).

Na całkowity obraz kliniczny zatrucia pokarmowego składa się dziewięć objawów: gorączka, leukocytoza, spadek ciężaru ciała, objawy żołądkowo-jelitowe, przyćmienie przytomności, zapad, wielkie oddychanie, cukromocz pokarmowy, wreszcie białkomocz i cylindrurya. Obraz niezawsze jest pełny, możliwe są szczątkowe postacie, a więc sama gorączka pokarmowa, lub gorączka pokarmowa z niektórymi innymi, mniej lub więcej wybitnymi objawami zatrucia. Przytem objawy w różnem natężeniu mogą się różnie kombinować i wytwarzają w ten sposób kilka postaci klinicznych: postać cholerowatą, durowatą, śpiączkową, mózgowo-oponową, dychawiczą, bezdechową i zapadową.

Tego rodzaju stany, przy których jednym z zasadniczych objawów jest gorączka, przyzwyczailiśmy się uważać za wynik działania mikrobów, t. j. odnosić zawsze do zakażenia. Mówiło się też rzeczywiście dawniej o ostrym nieżycie, lub o zapaleniu żołądkowo-jelitowem, o cholerynie niemowlęcej. Dopiero badania Finkelsteina i jego uczniów zachwiały tem pojmowaniem i sprowadzą zupełny przewrót, jeżeli wypowiedziane zapatrywania zdołają się wobec przyszłych dociekań utrzymać.

Finkelstein zwrócił przedewszystkiem uwagę na to, że obraz kliniczny zatrucia wcale nie odpowiada obrazowi choroby zakaźnej. I rzeczywiście, jeżeli się widzi dziecko w typowem zatruciu z zaburzeniem przytomności, zapadem, a przedewszystkiem z wielkiem oddychaniem, to musi się przyznać, że obraz ten przypomina w pierwszym rzędzie takie katastrofy w przebiegu chorób przemiany materyi, jak śpiączkę cukrzyczą, lub dychawicę mocznicową.

Drugim ważnym szczegółem jest okoliczność, że objawy są w ścisłej zależności od doprowadzania pokarmów, czego w tej mierze przy chorobach zakaźnych nigdy nie widzimy. W przypadkach świeżych zastosowanie dyety wodnej, zatem herbaty osłodzonej sacharyną, usuwa objawy zatrucia w przeciągu jednej doby. Ze składników pokarmu zatruwająco działa przedewszystkiem cukier, wogóle węglowodany, jeżeli są podane w mieszance z mleka, w serwatce. Tłuszcz działa tylko wtórorzędnie, gdy już istnieją choćby ślady zatrucia wywołanego węglowodanami, sernik zaś jest zupełnie obojętny.

W przypadkach zaniedbanych, gdzie sprawa podstawowa, t. j. niszczenie pokarmowe dalej postąpiło, a tolerancya znacznie opadła, dyeta wodna nie ucina tak ostro objawów. Ustąpienie zatrucia odbywa się wolno, albo nawet do zupełnego stłumienia objawów nie dochodzi. Tolerancya na cukier jest wtedy według Finkelsteina tak obniżona, że już cukier, powstający przy rozszczepianiu białka ustroju, odbywającem się zawsze w pośredniej przemianie materyi, nawet w czasie głodzenia, wystarcza do wywołania objawów zatrucia. Toteż widzimy często, że w końcowym okresie niszczenia pokarmowego do objawów niszczenia przyłączają się, nawet przy podawaniu pokarmów zawierających mało cukru, objawy zatrucia. Objawy niszczenia i zatrucia mogą się więc ze sobą kombinować, a o ile wychylenie jest przeciwne, n. p. co do ciepłoty, wzajemnie znosić.

Zatrucie stanowi u dziecka z niszczeniem pokarmowem powikłanie bardzo groźne, bardzo często kończące się niepomyślnie. Jeżeli jednak dziecko poprzednio nie było znaczniej uszkodzone niszczeniem pokarmowem, a zatrucie rozwinęło się tylko skutkiem przekroczenia tolerancyi przez nadmierne doprowadzenie nieodpowiednich pokarmów, to stan ten daje się łatwo i szybko usunąć i sam przez się większego uszkodzenia po sobie nie pozostawia.

Takby się przedstawiały w grubych zarysach objawy chorobowe, obraz kliniczny i przebieg choroby przy zaburzeniach odżywiania. Zajmiemy się teraz etyologią i patogenezą tych zaburzeń.

Według naszego obecnego pojmowania sprawy chodzi tutaj o zaburzenia czynnościowe, funkcyonalne, będące wynikiem niestosunku pomiędzy pracą, narzuconą niemowlęciu przez podanie pokarmu, a sprawnością, którą ustrój niemowlęcia, mianowicie jego przewód pokarmowy, rozporządza. Inaczej mówiąc chodzi o następstwo niestosunku pomiędzy ilością podanego pokarmu, a tolerancyą na ten pokarm, o następstwo przekroczenia tolerancyi.

W etyologii zaburzeń odżywiania chodzi zatem o wartości względne, a nie o ilości bezwzględne. Musimy tu brać w rachubę w ich wzajemnym stosunku trzy czynniki: zapotrzebowanie pokarmu przez niemowlę, ilość pokarmu dostarczanego i tolerancyę niemowlęcia na ten właśnie pokarm. Ażeby módz łatwo zestawiać ze sobą stosunki przy użyciu różnych pokarmów, wskazanem jest, żeby wszystkie czynniki wyrażać nie w ciężarach bezwzględnych, lub objętościach pokarmu, lecz w kaloryach na kilogram wagi dziecka, jak się to stało w przedstawieniu graficznem tych stosunków w schematach Pirquetowskich.

Zajmiemy się najprzód zapotrzebowaniem.

Jeżeli niemowlęciu 1—2-miesięcznemu będziemy podawać mleko kobiece — i to z flaszki, aby módz dowolnie zmieniać ilości, — to przekonamy się, że trzeba podać na kilogram wagi niemowlęcia około 67 kaloryi, czyli 100 gramów (dziecku zatem, ważącemu 4 kilogramy, 400 gramów), jeżeli ciężar ciała ma się utrzymywać na równi. Przy podaniu ilości mniejszej ciężar będzie opadać. Jestto zatem minimum zapotrzebowania, wystarczające zaledwie do utrzymania ciężaru ciała, nie mogące jednak niemowlęciu zapewnić prawidłowego rozwoju. Dopiero, gdy ilość tę podniesiemy do 100 kaloryi na kg. (150 gr mleka), ciężar zacznie się podnosić prawidłowo. Jestto optimum dowozu pokarmu, właściwe zapotrzebowanie. Gdy tę ilość będziemy w dalszym ciągu podnosić, stwierdzimy, że ciężar ciała nie będzie wzrastać stromiej, ilość badana jest zatem fizyologicznie bezużyteczna. Przy dalszem dodawaniu ilości dodane stają się nawet widocznie szkodliwe, działają opacznie, gdyż ciężar ciała zaczyna się znowu wolniej wznosić, a przy dojściu do 150 kaloryi na kilogram podnoszenie się ciężaru ustaje. Jestto granica tolerancyi, maximum, do którego możemy się posunąć bez niebezpieczeństwa cięższego uszkodzenia niemowlęcia. Zakres pomiędzy minimum zapotrzebowania, a granicą tolerancyi nazywamy szerokością tolerancyi. Przy karmieniu piersią szerokość jest bardzo znaczna, możemy się w niej swobodnie poruszać, o przekroczenie tolerancyi nie jest łatwo, toteż i cięższe zaburzenia mogą się u takiego dziecka rozwinąć tylko w wyjątkowych warunkach.

Jeżeli jednak podamy rzeczywiście ilości, przekracza-

jące tolerancyę, wtedy ciężar ciała zacznie opadać i zjawią się inne objawy chorobowe zaburzenia odżywiania. Równocześnie opadać zacznie także tolerancya. Dopóki tolerancya utrzymuje się jeszcze ponad minimum zapotrzebowania, lub opadnie tylko nieznacznie poniżej minimum, dopóty łatwo jest nad położeniem zapanować. Wystarczy obniżyć ilości pokarmu znacznie poniżej tolerancyi i usunąć w ten sposób niestosunek między podawanym pokarmem a tolerancyą, następnie zaś stopniowo ilości te podnosić tak, aby zawsze poruszały się w pewnej odległości od przypuszczalnej granicy tolerancyi. Chodzi o to, żeby na wszelki sposób granicy tej znowu nie przekroczyć, gdyż wywołałoby to dalsze uszkodzenie dziecka i obniżenie tolerancyi. W tych warunkach tolerancya powoli się podniesie, co nam pozwoli wrócić do ilości pokrywających zapotrzebowanie.

Gdy jednak tolerancya opadnie znacznie poniżej minimum zapotrzebowania, znajdziemy się w położeniu bez wyjścia. Jeżeli ilości dostarczane leżeć będą poniżej granicy tolerancyi, objawy chorobowe ustąpią, ale dziecko będzie głodzone, a w stanie głodu nie może być mowy o wybitniejszem podniesieniu tolerancyi. Gdy zaś starać się będziemy uniknąć głodzenia i podniesiemy ilości pokarmu, nastąpi przekroczenie tolerancyi, zanim jeszcze dojdziemy do minimum zapotrzebowania, a tem samem nawrót całej niszczycielskiej sprawy. Możemy wybierać tylko pomiędzy głodem a niszczeniem pokarmowem i dziecko jest niechybnie stracone.

Takby się przedstawiały stosunki u przeciętnego niemowlęcia przy podawaniu mleka kobiecego.

Wysokość tolerancyi zależy od bardzo wielu czynników. W pierwszym rzędzie musimy tutaj uwzględnić konstytucyonalne własności dziecka. Jedne dzieci są bardzo podatne i łatwo zapadają na zaburzenia odżywiania, inne odznaczają się podziwienia godną odpornością i nawet z pokarmami bardzo nieodpowiednimi załatwiają się gładko. Nizką tolerancyę stwierdzamy często u dzieci z obciążeniem nerwowem, dotkniętych limfatyzmem, tężyczką, krzywicą. Niekiedy jednak stwierdzamy nizką tolerancyę, a nie widzimy u niemowlęcia żadnych szczególnych zboczeń konstytucyonalnych, do których ten stan możnaby było odnieść.

(Dokończenie nastąpi).

Wpływ wiewióra na skład krwi i na serce.

Podał

Dr Mondschein,

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

Przez długi czas uważano wiewióra za schorzenie czysto miejscowe; objawy jednak tak podmiotowe, jak przedmiotowe wskazywać zaczęły z biegiem czasu, że podczas trwania i nawet czasem po wyleczeniu wiewióra toczy się coś w ustroju, co pozostawać musi w związku przyczynowym z tem schorzeniem. Tu należą różne skargi chorego, często na ból głowy, na dreszcze silne lub słabe dreszczyki, na uczucie kołatania serca, często też dające się przedmiotowo stwierdzić, ogólne osłabienie czy jakaś przejściowa niezdolność do wytężającej pracy umysłowej, osłabienie w kolanach, łydkach, bóle i uczucie łamania w krzyżach i t. d. Do objawów przedmiotowych należy często występująca, czasem wprost uderzająca bladość twarzy i widocznych błon śluzowych, bicie serca, przyspieszone, często niemiarowe tętno, obok nierzadkich powikłań ze strony odległych od źródła schorzenia narządów, w postaci n. p. zapaleń najądrza, samego jądra, gruczołów pachwinowych, błon surowiczych, szczególnie stawów, zastawek serca, a więc narządów, nie pozostających z miejscem pierwotnie schorzałem w bezpośredniej styczności, dokąd więc zarazek wiewióra przenieść się mógł tylko drogą naczyń krwionośnych, czyli przerzutowo. Innemi słowy istnieje przy wiewiórze gonokokemia. Ten niezbity fakt nasunął Bruckowi myśl, czyby nie można na odwrót, więc drogą krwi przez wstrzyknięcie szczepionki z dwoinek Neissera (Gonokokkenvaccine Arthigon) zadziałać na źródło choroby i zapobiedz, ewentualnie leczyć jej powikłania. Moje doświadczenia z tą szczepionką podałem obszernie w osobnej pracy*), nie myślę się więc tu dłużej nad tą sprawą zatrzymywać, natomiast przy pomocy przykładów podam tu wynik mych badań nad składem krwi przy wiewiórze i stanem serca, a więc ciśnieniem krwi i tętnem.

1. S. N., fryzyer, 20 lat, wiewiór od 2 tygodni, jądro lewe bardzo bolesne, silnie obrzękłe od 6 dni. Przyjęty do szpitala 17. X. z rozpoznaniem: Epididymitis sinistra gonorrh. Wyciek mały. Gc +. Leczenie: Arthigon — okłady — Janet.

Ciśnienie krwi Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Hemoglobinometr Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
115	92	arytmia	1/XI	0·3	60	4,000.000	10·000	Jądro obrzękłe, bolesne. Mocz prawie czysty, brak wycieku
108	92	arytmia	4/XI	0·5	62	4.364.000	9·150	Mocz stale czysty, jądro lekko obrzękłe nie bolesne
103	88	rytmiczne	6/XI	0·7	72	4,132.000	5.825	Stan zupełnie dobry, jądro i najądrze prawie prawidłowe
106	88	rytmiczne	9/XI	0·7	75	4,432.000	6.635	uleczony

2. M. M., gospodarz, 25 lat, silnie zbudowany, wiewiór od 4 tygodni, jądro prawe obrzękłe od 6 dni, wielkie, bardzo bolesne. Przyjęty do szpitala 17. X.: Epididymitis dex. gonorrh. Wyciek mały. Gc. +.

17. X. Arthigon do żyły 1 cm^3 (przez pomyłkę); silne dreszcze, ból głowy, wymioty bardzo częste.

18. X. Jądro niebolesne, nawet na ucisk, silnie jednak obrzękłe, powrózek nasienny w prawej pachwinie bolesny.

Leczenie: Cavibleu [2]) - Janet.

---

[1]) Praca ta ukazała się w Wiener med. Wochenschrift (Nr 14, 1914).

[2]) Patrz artykuł mój w Wien. med. Wochenschr.: »Caviblen-Therapie der männlichen Gonorrhöe«, który się wkrótce ukaże

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
104	112	arytmia	1/XI	0·3	66	4,120.000	9 000	Mocz w I części mętnawy, wyciek słaby Gc —
96	120	rytmiczne	4/XI	0·5	73	3,532.000	4.950	Mocz w I części czysty, nieliczne nitki
92	110	arytmia	9/XI	0·8	60	4,700.000	6.700	Mocz czysty, brak wycieku; uleczony 12/XI

3. H. Cz., 29 lat, wiewiór od 8 dni, przyjęty do szpitala 9. X. Gonorrhoea acuta anterior. Wyciek słaby Gc +. Leczenie: Caviblen.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
104	74	arytmia	28/X	0·2	66	4.264.000	6.250	uleczony 22/XI

4. W. S., 19 lat, od 2 dni wiewiór; przyjęty do szpitala 17. X. Gonorrh. acuta anterior. Leczenie: Caviblen-Janet.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
94	90	arytmia	28/X	0·2	70	4,464.000	16·040	mocz mętnawy, wyciek mierny, uleczony 22/XI

5. H. K., 18 lat, nader silnie zbudowany, wiewiór od 10 dni, nie leczony. Przyjęty do szpitala 28. X. Gonorrh. ac. anterior. Gc. +.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
105	112	arytmia	31/X	0·2	66	4,080.000	7.075	Mocz mętny, wyciek mały, pieczenie
92	96	rytmiczne	3/XI	0·3	65	4,520.000	8.000	Mocz lekko mętny, Gc +
110	104	rytmiczne	9/XI	0·6	67	3,832.000	5.150	Mocz lekko mętny, Gc —; uleczony 2/XII

6. K. H., 21 lat, chory na wiewiór od 3 tygodni; przyjęty do szpitala 25. X. Gonorrh. ac. anter. Leczenie: Caviblen-Janet. Gc ++.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
143	104	arytmia	1/XI	0·2	66	5,400.000	11 000	Mocz w I części mętny, silne kołatanie serca
112	104	arytmia	3/XI	0·3	65	4,000.000	11.375	Mocz czysty w obu częściach
102	100	rytmiczne	7/XI	0·5	65	4,000.000	9.050	Mocz stale czysty, Gc —
112	80	arytmia	11/XI	0·8	75	3,164.000	10.050	Stan dobry; uleczony 15/XI

7. Sch. L., 24 lat, silnie zbudowany, chory na wiewiór od 20 dni, jądro prawe obrzękłe przed 5 dniami; przyjęty do szpitala 6. XI. Epididymitis dex. gonorrh. Wyciek mały. Gc ++. Ciepłota 38·9.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
100	112	rytmiczne	6/XI	0·2	72	5,000.000	21.320	Nader silny obrzęk i ból jądra, ciepłota po arthigonie 40°, pod wieczór 36·6
92	96	lekka arytmia	7/XI	0·3	72	4,364.000	14.775	Jądro wielkie, bolesność mała
96	100	rytmiczne	9/XI	0·3	75	4,560.000	15.000	Mocz czysty, jądro niebolesne, pachwina bolesna
98	90	rytmiczne	13/XI	0·4	76	4,600.000	9.770	Kilka nitek w 1 części
104	88	rytmiczne	16/XI	0·5	64	3,800.000	4.150	Od dziś Caviblen i Merlusan
102	86	arytmia	24/XI	0·8	82	5,376.000	6.576	uleczony 29/XI

8. K. R., 22 lat, wiewiór od miesiąca, przyjęty do szpitala 5. XI. Gonorrh. acuta anter. ac posterior. Gc +. Leczenie: Caviblen.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
106	88	arytmia	—	13/XI	66	3,964.000	10.000	Mocz mętny w obu częściach, Gc +
100	92	rytmiczne	—	20/XI	75	4,734.000	10.000	Mocz zupełnie czysty, wyleczony 23/XI

9. B. M., bardzo silny mężczyzna, wiewiór od tygodnia, jądra oba obrzękłe od 7 dni; przyjęty do szpitala 6. XI. Epididymitis gonorrh. ambi lateralis. Ciepłota $39{\cdot}5^{0}$.

Riva Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon śródmiąższowo		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
105	120	rytmiczne	7/XI	0·5	64	3,264.000	19.000	Mocz mętny, Jądra bolesne
102	102	arytmia	8/XI	1 gr.	69	3,764 000	15 400	Jądra mniej bolesne, wielkie. Gc +
94	96	arytmia	13/XI	2·20	70	4,432.006	13.375	Jądra nieco bolesne. Mocz mętny. Chory wyszedł z polepszeniem 27/XI.

10. D. M., 22 lat, wiewiór od 3 tygodni; przyjęty do szpitala 10. XI. Gonorrh. acuta anterior. Leczenie: Janet-protargol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
109	90	rytmiczne		12/XI	68	6,040.000	10.940	Mocz mętny w I części Gc ++

11. St. D., 18 lat, wiewiór od 4 tygodni, jądro prawe obrzękło od 4 dni; przyjęty do szpitala 17. XI. Epididymitis dex. gonorrh. Ciepłota 39^{0}.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
90	120	arytmia	19/XI	0·4	58	4,832 000	14 563	Ciepłota po arthigonie 40^{0} jądro znacznie mniej bolesne
102	98	arytmia	4/XII	0·8	64	4,844.000	13.125	Mocz prawie czysty. Z polepszeniem 10/XII

12. Ł. W., 21 lat, wiewiór od 3 miesięcy; przyjęty do szpitala 1. XII. Gonorrh. acuta anter. Leczenie: protargol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. biaych	Przebieg wiewióra
100	92	rytmiczne	—	5/XII	67	5,232,000	10 187	Mocz mętny w I części Gc +
92	88	rytmiczne	—	9/I	78	5,020.000	7.915	zdrów

13. W. W., 24 lat, chory na wiewiór od 5 miesięcy, jądro prawe obrzękłe od 2 dni; przyjęty do szpitala 19. XI. Epididymitis d. gonorrh. Bardzo blady (jak podaje, dopiero od 2 miesięcy). Leczenie: arthigon, poczem po 4 dniach protargol-Janet.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
92	78	arytmia	21/XI	0·2	58	6,088.000	15.000	Jądro prawe bardzo bolesne Gc ++
80	86	rytmiczne	24/XI	0·2	62	5,688.000	17.000	Jądro niebolesne, wielkie. Z polepszeniem 2/XII

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Kabanow. **W sprawie rozpoznawania raka żołądka** (odczyn Wolffa). (Wraczebnaja Gazeta Nr 1. 1914). Odczyn Wolffa polega na tem, iż w treści żołądkowej ludzi chorych na raka żołądka stale znajduje się znaczna ilość białka nawet w tych przypadkach, kiedy nie bywa krwotoków żołądkowych. Wolff i Junghaus tłómaczą to rozpadaniem się endogenicznego białka, obecnością właściwych schorzeniom rakowym żołądka zaczynów, energicznie rozkładających drobinę białkową, wreszcie schorzeniem błony śluzowej żołądka, hamującem wchłanianie się białka. Za jednostkę porównawczą ilości białka w soku żołądkowym przyjęli Junghaus i Wolff taki stopień rozcieńczenia soku żołądkowego, przy którym znika zmętnienie jego od kwasu fosforowowolframowego (Ac. phosphoro-wolframici 0·3, ac. hydrochlor. pur. 0,1 $96^{0}/_{0}$, alcoh. 20,0, aq. destill. 200,0), w ilości 1 cent. sz. na 10 cent. sz. badanego płynu. Badania autora, przeprowadzone w 16 przypadkach, wykazują, iż sok żołądkowy chorych na raka traci zdolność wytwarzania mętów z kwasem fosforowowolframowym dopiero w rozcieńczeniu 1:400, natomiast w przypadkach innych schorzeń odczyn znikał w rozcieńczeniu soku 1:200. Odczyn ten zdaniem autora służyć może dla celów rozpoznawczych tylko wtedy, kiedy wyłączyć można z pewnością obecność krwi w treści żołądkowej (odczyn Webera ujemny). Z. Gilewicz (Kijów)

Prof. Straus. **Balneoterapia zaburzeń czynnościowych żołądka.** (Zeitschr. f. arzt. Fort. Nr 6, 15, III. 14). Z czystych zaburzeń czynnościowych żołądka należy wyodrębnić zaburzenia nerwowe, które wymagają nietyle picia wód, ile warunków klimatycznych, leczenia fizycznego i psychoterapii. Wśród zaburzeń wydzielniczych rozróżniamy stany o wzmożonem wydzielaniu (hyperaciditas i hypersecretio) i o zmniejszonem wydzielaniu. Nadmierne wydzielanie soku żołądkowego i nadmierna kwaśność jego nie jest samodzielnym stanem chorobowym. W pewnych przypadkach jest ona wyrazem ukrytego lub też jawnego wrzodu żołądka, czy też dwunastnicy, szczególniej w bliskości odźwiernika (ulcus parapyloricum). Ten stan chorobowy może również być wywołany przez przewlekłe zaparcie stolca, przez podrażnienie żołądka dymem tytoniowym, nadmiarem korzeni w potrawach. Jeżeli błona śluzowa

żołądka jest pokryta warstwą śluzu, to nadmiernemu wydzielaniu i przekwaśności soku żołądkowego nie towarzyszy uczucie bólu; jeżeli warstwy śluzu niema, to stanom tym towarzyszy ból. Niedostateczne wydzielanie soku żołądkowego spotykamy w większości przypadków przy nowotworach złośliwych. I tu rozróżniamy przypadki z zawartością śluzu od postaci bezśluzowej. Stosowanie wód mineralnych w tych zaburzeniach żołądkowych ujmuje się w następujące punkta: 1) Ciepło, stosowane tak z wewnątrz, jak i z zewnątrz, uśmierza bolesne podrażnienie błony śluzowej żołądka i wywołując przekrwienie błony śluzowej, podnosi poszczególne czynności żołądka. 2) Wody, obfitujące w kwas węglowy i wapno, pobudzają wydzielanie żołądkowe, wody alkaliczne obniżają je. Z tego względu pierwsze wody należy stosować w stanach ze zmniejszonem wydzielaniem, drugie natomiast w stanach ze wzmożonem wydzielaniem. Wody alkaliczno-siarczane należy również stosować w stanach ze wzmożonem wydzielaniem. 3) Wody mineralne, same przez się, szczególniej obfitujące w alkalia, a zwłaszcza w wapno, są wskazane przy znaczniejszem tworzeniu się śluzu w żołądku, jako »autolavage« żołądka. 4) W niedowładzie ruchowym żołądka jest stosowanie wód mineralnych przeciwwskazane. W atonii, w ścisłem tego słowa znaczeniu, stosowanie tych lub innych wód zależy od natury samego cierpienia; jest rzeczą wskazaną w takich cierpieniach podawać wody w ilościach małych, kilkakrotnie w ciągu dnia. 5) Czynniki balneologiczne, hydroterapeutyczne i klimatyczne wzmacniają cały ustrój i w ten sposób dobroczynnie wpływają na liczne zaburzenia żołądkowe, nietylko pochodzenia neuropatycznego. To samo możemy powiedzieć o balneologicznem leczeniu cierpień jelit. 6) Przy leczeniu balneologicznem nie należy zapominać o leczeniu i innymi sposobami, a najlepiej kombinować jednocześnie kilka metod leczniczych.

Tadeusz Kon.

Bürger. **O dwu grupach zatrucia kiełbasianego, na podstawie 12 spostrzeżeń i 5 przypadków śmierci.** (Med. Klinik 1913, Nr 45). Tak zwane zatrucie kiełbasiane (Botulismus) spostrzegano po spożyciu szynek, kiełbas, kiszek, ryb, konserw mięsnych, półgąsków, wędlin, dzikich kaczek, przepiórek, konserw jarzyn i t. p. Zatrucia występowały nawet po gotowaniu tych potraw, co odnieść należy do tego, że ciepłota w środku potrawy jest podczas gotowania często znacznie niższa od ciepłoty wrzącej wody. Jednym z najtypowszych objawów tego zatrucia jest po dłuższej wstępnej niedyspozycyi porażenie żołądka, co sprawia, że właściwe objawy zatrucia występują zwolna, a nieraz późno. Przy sekcyach spotyka się też nawet w kilkanaście jeszcze dni cząstki potraw, które były powodem zatrucia. Dalej objawami tego zatrucia są wzdęcia, kolki, bóle, biegunka lub silne zaparcie, wymioty, ew. żółtaczka, nieżyt gardła, suchość w ustach, naloty na migdałach, trudność połykania, zmiany tętna, osłabienie akkomodacyi, ew. porażenia mięśni ocznych, rozszerzenie źrenic, duszność, porażenia kończyn, ew. jako powikłania, zapalenie płuc i gruczołu przyusznego. Nieraz obraz chorobowy przypomina bardzo błonicę (w błonicy nie ma zwykle porażenia źrenic) lub otrucie atropiną (w którem jednak zmiany ośrodkowe zjawiają się szybciej, występują bredzenia, cechujące zmiany czynności serca i t. p.) Podobne objawy dać mogą zatrucia alkoholem metylowym i niektóremi roślinami. Rokowanie poważne. Leczenie: energiczne płukania żołądka (działanie środków przeczyszczających ze względu na porażenie żołądka i jelit jest wątpliwe) i antytoksyna Kempnera, ew. gdy tej surowicy niema pod ręką, przynajmniej zwykła przeciwbłonicza. Prócz tego stosujemy: upust krwi, wdychania tlenu, wysokie lawatywy, wlewania śródżylne rozczynów soli kuchennej, sztuczne oddychanie i t. p.

K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Sennatin, środek przeczyszczający, uzyskany z senesu, zaleca Drews w dawce 2 cm³, wstrzykniętej podskórnie, lub lepiej śródmięśniowo, zwłaszcza po operacyach brzusznych. Skutek łagodny występuje w 3—6 godzin i nieraz rozciąga się na kilka następnych dni. (D. m. W. 1914. 10) K.

W zapaleniu odbytnicy stosuje Jüngerich z dobrym skutkiem czopki z acetonu. (D. kl. W. 1914. 8) K.

Dynię zaleca Kakowsky jako znakomity środek moczopędny w ilości 3—6 funtów rosyjskich dziennie. (R. Wr. 1913 Nr 48) K.

Narkofinę stosował Cassel w klinice chirurgicznej prof. Karewskiego w Berlinie przez 18 miesięcy i doszedł do przekonania, że lek ten przewyższa morfinę, gdyż działa dłużej, a rzadziej wywołuje objawy uboczne. Zamiast dotąd polecanej dawki 0,03 radzi C. używać 0,04, którą wstrzykuje podskórnie na 40 minut przed operacyą. Wewnętrznie przeciw bezsenności i bolom podaje C. 20—25 kropli 4% rozczynu narkofiny na dawkę. (Therapie der Gegenw. 1914, marzec). Bh.

Digipuratum liquidum według doświadczenia Keupera (Ther. Monatsh. 1913. str. 641) ma równie silnie działać, jak świeży napar naparstnicy, przyczem nie zauważa się działania drażniącego na błonę śluzową żołądka. Przetwór ten przechowuje się łatwo, da się dawkować dokładnie i stosować wewnętrznie, śródmięśniowo i dożylnie. Czasem powstające po wstrzyknięciu podskórnem małe bolesne nacieki znikają szybko. N.

Tenozyna, przetwór, zastępujący sporysz, jest według Jägera (Münch. med. Woch. 1913 str. 1714.) mieszaniną zawierającą w 1 cm³ 0.0005 β-imidazotyletylaminu i 0.002 p. oksyfenyletylaminu: przewyższa ona inne przetwory sporyszowe szybkością w działaniu. Również i Mayer i Wiki (Rev. de la méd. Suisse 1913. p. 661.) uważają p. oksyfemyletylamin za składnik sporyszu, mniej trujący, skrzepiający serce i zwężający naczynia, wogóle w zachowaniu się farmakologicznem podobny do adrenaliny. N.

Sole wapniowe mają działać wybitnie na nerki. Jacoby i Eisner (Berl. klin. Woch. 1913. str. 1339) zajmowali się badaniem wpływu soli wapniowych na cukromocz florydzynowy. Sole wapniowe, podane na szczycie cukromoczu, wywoływały wyraźne zmniejszanie się wydzielania cukru, acetonu i azotu. Działanie soli wapniowych na czynność nerek tak u chorego, jakoteż i zdrowego człowieka zdaje się polegać na zagęszczeniu filtra nerkowego. N.

Calciumichthyol ma według Schütza (Med. Klin. 1913. s. 1502.) dawać dobre wyniki w leczeniu gruźlicy płuc. Wstrzykuje się środek ten jako 5% rozczyn w ilości 5 cm³ śródmięśniowo kilka razy na tydzień. N.

O działaniu środków przeczyszczających solnych pisze Best (Med. Klin. 1913 str. 1212). Do ostatnich odcinków jelit dochodzą najszybciej tylko rozczyny izotoniczne; ponieważ zaś przeważnie źródła mineralne są hypertoniczne, zatem wody z tych źródeł ulegają już w dwunastnicy wessaniu, o ile nie pije się ich w bardzo dużych ilościach. Prócz nagromadzenia się płynów odgrywa ważną rolę w działaniu przeczyszczającem fala ruchu robaczkowego, zaczynająca się w żołądku i biegnąca przez cały przewód pokarmowy. Rozczyn fizyologiczny soli kuchennej może być leczniczo użyty do przepłukiwań jelit, gdyż nie ulega wessaniu; również poleca się go dla pobudzenia ruchu robaczkowego przy przewlekłem zaparciu stolca. N.

Sennax, glikozyd liści senesowych, składnik głównie działający, poleca Schönborn (Ther. d. Geg. 1913 s. 392.) jako środek przeczyszczający. Dawki zwykłe: tabletki po 0.075 przetworu lub 4 cm³ rozczynu handlowego. Przy zaparciach różnego rodzaju następuje po 2 tabletkach zwykle w 8—10 godzin obfite wypróżnienie. Bóle zauważa się

tylko po większych dawkach. Wystarcza powtarzać dawkę co drugi wieczór. Po dłuższem używaniu następuje przyzwyczajenie się, co wymaga stosowania większych dawek. N.

Tannismut zaleca Petrina (Ther. d. Geg. 1913 s. 333.) gdyż łączy on działanie ściągające obu składników, bizmutu i garbnika, oraz dlatego, że drobina garbnika ulega szybko, a drobina bizmutu powoli rozpadowi. Środek ten stosuje się w ostrych, podostrych i przewlekłych nieżytach jelita cienkiego i grubego w dawkach po 0·5 gr kilka razy dziennie. Tannismut nie wywołuje nawet w wysokich dawkach wcale nieprzyjemnego ubocznego działania N.

Z pomocą **fibrolizyny** powiodło się Brennerowi (Münch. med. Woch. 1913 s. 1547) w jednym przypadku przewlekłego zapalenia płuc wywołać zupełne wyleczenie. W przypadku tym wszelkie środki i zabiegi lecznicze fizyczne stosowano bez skutku. B. osiągnął pomyślny wynik po dwu wstrzyknięciach podskórnych fibrolizyny. N.

Palenie tytoniu według ciekawych badań Johna (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. 1913. XIII. s. 310) wywiera wpływ na skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi. Jak wynika z pomiarów ciśnienia, istota działania nikotyny polega na wywoływaniu podrażnienia skurczowego ścian naczyń, których napięcie przez to się zwiększa; liczba tętna ulega dużym wahaniom. Cygara, zawierające mało nikotyny, nie wywołują prawie zmian w ciśnieniu. Z badań Johna wynika też, że nikotyna może wywoływać zmiany w naczyniach w rodzaju zmian miażdżycowych. N.

Zatrucie alkoholem metylowym badał Kroll (Arch. f. exp. Path. u. Path. T. 72.) na psach i królikach. Prócz wzmożenia wydzielania amoniaku w moczu okazuje się, że nawet duże dawki alkoholu (45—50 cm^3), podawane kilka dni z rzędu, wywoływały tylko niezupełne uśpienie, które psy znosiły nieźle; króliki ginęły już po mniejszych dawkach, a przy sekcyi znajdowano obraz posokowatego zapalenia oskrzeli. Oślepnięcia zwierząt K. nie spostrzegał. N.

W krztuścu osiągnął pomyślne wyniki Wassermann (Ther. Monatsh. 1913. 10) leczeniem kombinowanem weronalem, bromuralem i chininą; zwłaszcza chinina z bromuralem ma bardzo wyraźne uspokajające działanie, usuwa szybko wymioty i napady kaszlu. Środki te można zdaniem W. podawać dzieciom bez obawy. N.

Perrheumal, maść przeciwgośćcowa, jest związkiem kwasu salicylowego z estrami alkoholu trójchlorobutylowego, którego działanie kojące bóle jest znane. Ohm (Ther. d. Geg. 1913. sierpień) próbował tej maści w wielu przypadkach ostrego gośćcowego zapalenia stawów, jakoteż w rwie kulszowej i nerwobólach; wyniki miał dobre i z uznaniem stwierdza działanie kojące tego leku, który przytem nie drażni skóry. N.

Mentospiryna jest estrem mentolowym kwasu acetylo-salicylowego. Ma postać gęstego żółtego płynu. Podaje się ją w żelatynowych kapsułkach po 0.25 gr. Łączy ona znieczulające działanie mentolu na błonę śluzową dróg oddechowych, oraz własność przyspieszania czynności serca obok działania przeciwgorączkowego kwasu acetylo-salicylowego. Mentospirynę stosują w ostrem zapaleniu krtani, oskrzeli, bólach głowy i uszu, towarzyszących nieżytom górnych dróg odeechowych. W przypadkach tych przyczynia się do spadku ciepłoty oraz znikania objawów zapalnych. (Loewenheim. Med. Klin. 1913 19.). N.

Melubrynę dożylnie polecają stosować u chorych, u których z powodu wrażliwości przewodu pokarmowego nie można jej podawać wewnętrznie; stosuje się ją w takim razie w postaci 50% rozczynu wyjałowionego w ilości 2·5—3 gr trzy razy dziennie, przez co uzyskuje się równocześnie silne i bezpośrednie zadziałanie leku na czynnik chorobowy i na zmiany zapalne. Żółte zabarwienie płynu, powstające po wyjałowieniu rozczynu melubryny, nie wpływa ani na toksyczność, ani na lecznicze działanie przetworu (Hahn. Münch. med. Woch. 1912. 40.) N.

Cymaryna jestto nazwa fabryczna firmy Bayer i Co w Elberfeld dla glikozydu chemicznie czystego i w krystalicznej formie otrzymanego z korzenia rośliny kanadyjskiej: apocynum cannabinum i androsenifolium. Allard (Deutsch. med. Woch. 1913. 17) poddał przetwór ten dokładnemu badaniu klinicznemu na dużym materyale i stwierdził, że cymaryna jest środkiem sercowym, szybko i energicznie działającym nawet w tych przypadkach, w których naparstnica nie działała. Działanie cymaryny jest prawie równie działaniu naparstnicy, różni się od niej znacznie silniejszem działaniem moczopędnem i uspokajającem; męcząca obawa lub niepokój znikały widocznie po cymarynie, przyczem następował spokojny sen. Podawać można cymarynę wewnętrznie lub dożylnie; działanie przy podawaniu wewnętrznem nie jest zupełnie pewne i mogą nawet pojawiać się wymioty i biegunka, wobec czego zaleca autor podawać wewnętrznie bardzo małe dawki po 3 mgr do 1—2 mgr dziennie. Pewnie działa stosowanie dożylne; dawka 1 mgr wstrzyknięta dożylnie wystarcza zupełnie jako dawka całodzienna, której autor nie radzi przekraczać. Dłużej niż 6 dni nie można podawać cymaryny dożylnie, gdyż działanie jej znacznie słabnie; po pewnej przerwie można znów ją wstrzykiwać. Zaleca się po okresie cymaryny podawać naparstnicę, która wtedy okazuje się skuteczną, chociażby poprzednio nie działała. Wobec silnego i szybkiego działania cymaryny wskazana jest ostrożność zwłaszcza w tych przypadkach, w których niewiadomo, czy mięsień sercowy podoła skutkom zastosowania cymaryny. Tego niebezpieczeństwa uniknąć można przez próbne wstrzyknięcie ilości 0·5 mgr. Działania zbiorowego cymaryny nie należy się obawiać, zwłaszcza że dawki lecznicze i toksyczne dość są odległe. Na naczynia działa cymaryna bardzo mało, wobec czego nie osiąga się wyniku przy osłabieniu naczynioruchowem. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 4. II. 1914.

Przewodniczy kol. Kader. Obecnych 90 członków.

1. Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia.

2. Jednomyślnie przyjęto do grona członków Towarzystwa kol. Epsteina, Keplera i Łapińskiego.

3. Kol. Borzęcki przedstawił chorego **z rakiem na więzadełku i podstawie języka**. Chory ten z powodu objawów kiły wczesnej pozostawał na oddziale we wrześniu 1913 r. i w historyi choroby zapisano: »papula rozpadła na więzadełku języka«. Czy zmiana ta przy wyjściu chorego z oddziału ustąpiła — nie zapisano; prawdopodobnie jednak nie, gdyż lekarz fabryki, w której chory pracuje, polecił mu pędzlowanie więzadełka nalewką jodową, co też chory robił przez kilka miesięcy codziennie, stosując obok tego co tydzień wstrzykiwania śródmiąższowe jakiegoś przetworu rtęciowego. Kiedy chory zgłosił się z powodu opisanego cierpienia znów na oddział chorób skórnych w końcu stycznia 1914 r., licząc się z możliwością, że zmiana na więzadełku języka mogłaby być owrzodzeniem, spowodowanem przez nadmiar pędzlowań nalewką jodową, poddano chorego obserwacyi, która naprowadziła na rozpoznanie nowotworu.

4. Kol. Bobak przedstawił przypadki z oddziału chorób wewnętrznych szp. św. Łazarza: 1) **atrophia musculorum juvenilis,** 2) **poliomyelitis anterior.**

5. Kol. Mayer: a) **Prześwietlanie promieniami Roentgena w odległości kilkudziesięciu metrów od induktora.** Dotychczas rentgenoskopia i rentgenografia odbywały się w pokoju specyalnie do tego celu przeznaczo-

nym, gdzie znajdowały się wszystkie niemal części składowe przyrządu Roentgena. Z tego powodu wynikały różne niedogodności i poza obrębem tego pokoju nie można było rentgenoskopować. Prelegent przekonał się, że rentgenoskopię i rentgenografię można wykonywać w znacznej odległości od pokoju rentgenowskiego, tak że n. p. w sali chorych, w sali operacyjnej lub wykładowej wystarczy mieć jedynie lampę rentgenowską i ekran. W tym celu należy prąd wtórny przeprowadzić przez dobrze izolowane kable do sali. Prelegent demonstrował w ten sposób rentgenoskopię w sali kliniki medycznej w odległości 32 metrów od induktora. Im natężenie prądu wtórnego większe, tem bardziej odległość tę można powiększyć. Podobnie, jak jedna stacya centralna zaopatruje całe miasto w prąd, tak możnaby wszystkim gabinetom lekarskim, posiadającym tylko lampę i ekran, dostarczyć prądu wtórnego.

b) **Rentgenoskopia i rentgenografia promieniami wzmocnionymi.** Prelegent demonstrował swój sposób prześwietlania zapomocą dwóch lamp, poza sobą ustawionych w odległości 32 metrów od induktora. Sposób ten umożliwia najwyższe natężenie promieni »x«, jakie dotychczas osiągnięto, jeszcze 2 i więcej razy powiększyć i to tak, że dobroć obrazów nic przez to nie traci. Praktyczna korzyść uwydatnia się zwłaszcza przy zdjęciach momentalnych, gdzie potrzeba jak największego natężenia promieni.

c) **Fotografowanie wyłącznie samego serca.** Na rentgenogramach klatki piersiowej cienie powiększonych gruczołów śródpiersia, zagęszczonych części płuc, zrosty opłucnej, nowotwory, blizny itd. zlewają się często z poszczególnymi łukami cienia serca lub wypełniają zagłębienia między tymi łukami tak, że nieraz nie można zróżniczkować dotyczących części cienia serca i aorty, a przez to odpowiedzieć na ważne pytanie, która część serca uległa zmianie. Dlatego prelegent obmyślił sposób, zapomocą którego można otrzymać rentgenogram samego serca, z wyłączeniem otaczających go cieniów. Sposób ten polega na wyzyskaniu topografii serca ze stanowiska optyki promieni świetlnych i fizyki promieni »x«. Uwzględniwszy położenie względem siebie wszystkich części klatki piersiowej, które rzucają cień i wszystkie ruchy tych cieni przy różnych ruchach lampą rentgenowską, prelegent wybrał następujące zasady: Serce, znajdując się bliżej kliszy, tworzy cień, mało ruchomy przy ruchach lampy. Cień ten, jako większy od innych otaczających go cieni, przesuwa się tylko nieznacznie ze swego miejsca na kliszy przy takich ruchach lampy, przy których mniejsze cienie innych tworów klatki piersiowej przesuwają się w całości na części kliszy już naświetlonej i przez to miejsca ich pierwotnego położenia bywają wystawione na działanie promieni; to też zarówno w tych ostatnich miejscach, jakoteż w poprzednich, nie może powstać obraz tych cieni, czyli całe otoczenie obrazu cienia serca zostanie jednostajnie naświetlone. Ruch lampą musi się odbywać po linii, krzyżującej się z osią podłużną żeber. Doszedłszy do tych wyników, można już było rzecz technicznie w nader prosty sposób wykonać. Mianowicie wystarczy podczas całej ekspozycyi szybko podnosić i obniżać lampę wzdłuż drogi 4 cm. równolegle do osi kręgosłupa w okolicy VII, a jeszcze lepiej VIII kręgu piersiowego. Ruchy te można wykonać na każdym statywie takim, na którym lampa daje się szybko przesuwać. Droga tych ruchów nie powinna przekraczać 6 cm., aby kontury serca nie uległy zmianie i wielkość obrazu serca zanadto się nie zmniejszyła. Jeżeli cienie innych tworów są duże, jeżeli znajdują się za blizko obok siebie lub wobec kliszy, zwłaszcza w wymiarze pionowym, wówczas obrazy tych cieniów na kliszy pozostaną.

d) **Ułatwiony sposób porównywania szmerów oddechowych i sercowych** zapomocą jednoczesnego osłuchiwania dwiema słuchawkami dwóch miejsc klatki piersiowej. (Drukowane w »Przegl. lek.« 1914 Nr 6.). W dyskusyi na ten temat zabierają głos kol. Wachholz, W. Jaworski, Blassberg i Mayer.

6. Kol. Wachtel przedstawia przypadek **białaczki** (leucaemia myeloides), dwa przypadki **kiłowych zmian aorty**, oraz przypadek **tętniaka łuku aorty.** W dyskusyi nad tymi przypadkami zabierają głos kol. Stahr, Gliński, Lewkowicz, Hirsch, Blassberg.

Posiedzenie z d. 11. II. 1914.

Przewodniczy kol. Kader. Obecnych 42 członków.

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. Borzęcki przedstawia chorą, która zgłosiła się z powodu **zmian kiłowych** rozpadowych, zajmujących skrzydełko lewe i przegrodę chrząstkową **nosa** z przedziurawieniem przegrody. Badanie jamy ustnej wykazuje ubytek, zajmujący podniebienie miękkie i twarde, sięgający na odległość 1—2 cm. od granicy zębów. Brzegi ubytku równe, gładkie. Na pierwszy rzut oka można myśleć o zniszczeniu podniebienia na tle kiłowem; badanie jednak szczegółowsze i objaśnienia chorej, że zmiana ta istnieje od dzieciństwa, skłania do rozpoznania **wrodzonego rozszczepienia podniebienia** (palatoschisis). U chorej tej stwierdzono objaw Argyll-Robertsona przy równych rozszerzonych źrenicach i przy braku innych objawów ze strony narządów nerwowych. Czy objaw ten jest zapowiedzią wiądu rdzenia, trudno rozstrzygnąć, podnieść należy tylko, że równoczesne istnienie zmian na skórze czy błonach śluzowych z wiądem rdzenia nie należy do częstych.

3. Kol. Stahr, jako delegat Krajowego Związku lekarzy, wygłosił wykład: **O uspołecznionej pomocy lekarskiej.** (Będzie drukowany w »Słowie lekarskiem«).

Dyskusya: a) Kol. Schoengut mówi o braku wśród lekarzy znajomości zawodowych ustaw lekarskich, a tembardziej ustaw o uspołecznionej pomocy lekarskiej. Znajomość ich jest konieczna dla skutecznej samoobrony przed olbrzymim rozwojem uspołecznionej pomocy lekarskiej, który grozi stanowi lekarskiemu upadkiem. Nadmierny przyrost liczby lekarzy w Austryi, a w Galicyi w szczególności, niewątpliwie też przyczynić się może do grożącego upadku. Dla skutecznej obrony przed niebezpieczeństwem konieczne jest z jednej strony uświadamianie społeczne lekarzy oraz organizowanie się w celu solidarnej akcyi, z drugiej strony zapobieganie przepełnieniu na wydziałach lekarskich. — b) Kol. Wachholz jest tego zdania, że wykształcenie społeczne lekarza na uniwersytecie jest dostateczne. Kol. Wrzosek prowadzi wykłady o propedeutyce lekarskiej, sam prelegent wykłada o prawach lekarza i odpowiedzialności jego, w wykładach jego jest dział, traktujący o ubezpieczeniu robotników od wypadków. — c) Kol. Damski zgadza się z wywodami kol. Stahra. Rozszerzenie się kas chorych przyniesie korzyść ubezpieczonym, a nie lekarzom. Większa część lekarzy stanie się urzędnikami, z tą jednak różnicą, że będą to urzędnicy bez władzy. Dla skutecznej obrony konieczne jest organizowanie się lekarzy. Pod względem organizowania się lekarzy Galicya przedstawia się najgorzej, bo ledwie 40% lekarzy jest zorganizowanych, natomiast w Czechach 99%, a w Dolnej Austryi 100%. — d) Kol. Bobrowski mówi o rozszerzaniu się uspołecznionej pomocy lekarskiej w zachodniej Europie i widzi w tem objaw dodatni. Mówca jest tego zdania, że lekarz kasowy może sumiennie wypełniać swoje obowiązki lekarskie. Odczuwa się pewne braki w wykształceniu zawodowem lekarza głównie co do orzeczeń o zdolności do pracy i co do symulacyi. — e) Kol. Glassner, uznając brak uświadomienia społecznego lekarzy, wnosi, aby Towarzystwo lekarskie krakowskie kilka wieczorów rocznie poświęcało na wykłady, zaznajamiające ogół lekarski z ustawami o ubezpieczeniu społecznem. — Dalej w dyskusyi zabierają głos kol. Jendl, Kostanecki, Kader, Weinsberg i Stahr.

Jednomyślnie przyjęto rezolucyę, podaną przez kol. Kadera, która w rozszerzonej formie opiewa: Towarzystwo lekarskie krakowskie dnia 11. II. 1914 r. w związku z odczytem delegata Kraj. Związku lekarzy, kol. Stahra, o uspołecznionej pomocy lekarskiej, po wyczerpującej dyskusyi

powzięło następującą rezolucyę: Towarzystwo lekarskie krakowskie uznaje w całej pełni konieczność lepszego uświadomienia lekarzy co do tej części ich działalności, która stoi w zależności od nowszych form życia społecznego i przygotowania ich do skutecznej obrony ich własnych interesów wobec nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznem, zwłaszcza wobec kas chorych i zrzeszeń zawodowych, potrzebujących pomocy lekarskiej. Towarzystwo lekarskie krakowskie zwraca się do Krajowego Związku lekarzy z prośbą o bliższe wejrzenie w tę sprawę i wypracowanie wniosków, któreby później, w razie uznania potrzeby przez Związek, mogły być poddane bardziej ogólnemu rozpatrzeniu w Towarzystwie lek., w celu uzyskania podstaw, na którychby mogła rozwijać się działalność lekarzy w tym zakresie z pomyślnym dla nich wynikiem.

Sekretarz: K. Jaworski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 27. I. 1914.

J. Pawiński wygłosił rzecz p. t.: **O wpływie wyskoku na układ krążenia krwi.** Prelegent wyjaśnia pochodzenie nazw: alkohol i wyskok. Pierwsza nazwa jest arabska i ma swe źródło w przedimku al i wyrazie kahal (drobno roztarty proszek — siarczan antymonu, używany przez kobiety wschodnie do czernienia brwi; w jaki sposób wyrażenie to przyswojone zostało alkoholowi, nie wiadomo). Polska nazwa wyskok, według Lindego oznacza: z pod prasy wyskakującą z winogron ciecz, wycisk. Następnie omówił prelegent przedewszystkiem lecznicze znaczenie wyskoku w cierpieniach układu krwionośnego. Wiadomo, że pod wpływem tej używki naczynia powierzchowne skóry ulegają rozszerzeniu, a ciśnienie krwi opada. Z tego faktu wyciągnięto wniosek, iż alkohol wpływa ujemnie na serce, osłabiając jego działalność. P. uważa obniżenie ciśnienia obwodowego za objaw niepomyślny wtedy, kiedy towarzyszą mu oznaki niedomogi serca, jak to bywa przy wadach zastawkowych. W niektórych natomiast cierpieniach mięśnia sercowego, powstałych wskutek zwiększonego parcia w układzie tętniczym, zmniejszenie ciśnienia jest celem naszych zabiegów leczniczych.

P. zaznacza dalej, że rozszerzenie naczyń obwodowych, zależne od porażenia nerwów zwężających naczynia skóry, nie wyłącza bynajmniej zwiększenia ciśnienia krwi w układzie tętnicy głównej. Wyskok wywiera wpływ nietylko na układ naczynioruchowy, ale na samo serce, wskutek czego skurcze stają się silniejsze. Jako środek podniecający w ostrej niedomodze serca jest wyskok, obok kamfory, dzielnym lekiem, dzięki szybkiemu wchłanianiu. Również w chorobach gorączkowych, wyniszczających ustrój, wyskok oszczędza węglowodany i tłuszcz, i dostarcza pewnej ilości ciepła. Dawki wyskoku powinny odpowiadać warunkom indywidualnym ustroju. Co się tyczy wpływu nadużywania napojów wyskokowych na naczynia, to podług dat statystycznych prelegenta, wyskok zajmuje trzecie miejsce wśród czynników etyologicznych stwardnienia naczyń (22·65%); w stwardnieniu tętnic wieńcowych na wyskok przypada 21·3% przypadków, w stwardnieniu zaś innych naczyń 23·3%. Należy przypuszczać, że stwardnienie naczyń w przypadkach nadużywania napojów wyskokowych powstaje z jednej strony z powodu wzmożonego ciśnienia w trzewiach brzusznych, z drugiej zaś z powodu szkodliwego denutrycyjnego wpływu wyskoku na włókna sprężyste i mięśnie ścian naczyniowych.

Posiedzenie kliniczne z d. 3. II. 1914.

1) Luxenburg przedstawił 40-letniego mężczyznę z **chorobą Morvana.** Rozległe zmiany czucia bólu, ciepła i dotyku; stawy barkowe powiększone, poduszkowate, chełbocące; ruchy w nich ograniczone (rentgenogram wykazuje zniszczenie kości ramieniowych); mięśnie ramion w stanie zaniku; skóra na kościach zgrubiała, obrzękła; znaczne braki na palcach (u jednej ręki zachowane ledwie części środkowych członków palców i cząstka kości napiętkowej dużego palca, u drugiej — resztki członków palców).

2) Stefan Kramsztyk wygłosił rzecz p. t.: **Badania fizyczno-chemiczne zasadowości krwi.** Od czasu, gdy opisano obraz kliniczny śpiączki cukrzycznej, utrwalił się pogląd na ten stan chorobowy, jako na zatrucie ustroju kwasami. Teorya ta opierała się na doświadczeniach, robionych na zwierzętach przez podawanie im kwasów, oraz na stwierdzeniu obecności kwasów we krwi w śpiączce i na względnem powodzeniu leczenia śpiączki zasadami. Jednakże w ostatnich czasach ukazały się prace, dowodzące, że kwasy w śpiączce działają nie przez pozbawienie ustroju zasad, lecz przez swoisty wpływ toksyczny. Rozstrzygające znaczenie w tej sprawie mają badania krwi. Przy zastosowaniu metody elektrometrycznej określania jonów wodoru w płynach, zawierających wolny kwas węglowy, próbował prelegent wywołać zakwaszenie, wzgl. zalkalizowanie krwi przez wprowadzenie królikom do żyły lub podskórnie odpowiednich rozczynów. Jedynie próby zakwaszania dały wynik dodatni, i to w warunkach, jakie nie istnieją w ustroju ani w stanie fizyologicznym, ani patologicznym. — Układ regulacyjny ustroju jest tak doskonały, że może niezmiernie długo opierać się wszelkim wpływom, mogącym zmienić choćby na czas krótki odczyn krwi. Można więc twierdzić, że w śpiączce cukrzycznej kwasy masłowe, aczkolwiek dostają się do krwi, krążą w niej jedynie pod postacią soli sodowych.

W dyskusyi a) Stan. Mutermilch zaznacza różnicę pomiędzy kwaśnością miareczkową, a kwaśnością, wykazującą ilość wolnych katjonów (H). Odczyn krwi i cieczy tkankowych jest bardzo słabo zasadowy, dzięki obecności nieznacznej ilości wolnych jonów OH. To stałe zachowanie pewnej koncentracyi jonowej ma pierwszorzędne znaczenie dla zachodzących w ustroju spraw biologicznych. Podczas dyssymilacyi powstają w komórkach rozmaite kwaśne produkty. Ustrój posiada zdolność usuwania szkodliwego działania tych związków kwasowych, przedewszystkiem dzięki specyalnemu układowi regulacyjnemu, i zachowywania niezmiennie swego odczynu. Krew nie może wykazywać odczynu kwaśnego; co więcej, niemożliwe jest nawet życie przy zupełnie obojętnym odczynie krwi. Pomimo to należy zachować w klinice nazwę kwasicy (acidosis), gdy istnieje nadprodukcya związków kwaśnych. Zapomocą badania krwi nie możemy rozpoznać kwasicy, gdyż odczyn istotny, jak stwierdził prelegent, pomimo wybitnej kwasicy, ulega minimalnym wahaniom; pozostaje jedynie badanie moczu co do ciał acetonowych, wzgl. amoniaku. Wreszcie porusza M. sprawę stosunku pomiędzy odczynem, a przejawami elektrycznymi tkanek.

b) Landau A. nie godzi się z wnioskami prelegenta, że jonowe badania alkaliczności krwi obaliły dawniejsze badania zapomocą miareczkowania; zdaniem L., obie metody uzupełniają się nawzajem. Z punktu widzenia klinicznego przywiązuje L. nawet większą wagę do alkaliczności miareczkowej, która ulega obniżeniu w kwasicy.

c) Stan. Mutermilch twierdzi, że miareczkowanie nie może dać pojęcia o ilości alkaliów we krwi, a zwłaszcza w tkankach.

d) Kramsztyk w odpowiedzi, podnosząc ważność uwag, uczynionych przez Mutermilcha, uznaje, że metody określania zasadowości krwi drogą miareczkowania będą mieć zawsze znaczenie dla pewnych celów klinicznych.

Posiedzenie kliniczne z d. 17. II. 1914.

1) Szteyner przedstawił chorego, wyleczonego z olbrzymiego **ropnia wątroby** zapomocą hepatotomii dwukrotnej.

2) Higier przedstawił przypadek **postaci powrotnej rozsianego zapalenia nerwów.**

3) Rzętkowski wygłosił rzecz p. t.: **O niedomodze**

mięśnia sercowego. Prelegent stwierdza istnienie zmian czynnościowych w mięśniu sercowym, które mogą wywołać rozwijanie się niedomogi mięśnia w postaci różnych zboczeń jego czynności. Omawia chemię mieśnia sercowego, zwłaszcza chemiczną teoryę jego skurczu, przytacza dane, dotyczące form patologicznych czynności mięśnia sercowego na zasadzie badania odcinków serc zarodkowych, przechowywanych metodą Burrows-Carrela, oraz chemię histologicznie niezmienionego mięśnia, będącego w stanie niedomogi. Kończy swój wykład omówieniem teoryi działania naparstnicy na serce za pośrednictwem nerwu błędnego.

W dyskusyi: a) Stan. Mutermilch zaznacza, że dopiero wówczas będziemy mogli poznać istotę niedomogi mięśnia sercowego natury czynnościowej, t. j. bez zmian histologicznych, gdy wyjaśniona zostanie fizyologia skurczów włókien mięsnych wogóle, w szczególności zaś rytmicznych skurczów włókien mięsnych serca. Obecnie możemy twierdzić napewno, że prawidłowość skurczów włókien mięsnych serca zależy ściśle od zachodzących w nich procesów przeróbki materyi. W rozpoznawaniu zaburzeń w tej przeróbce materyi wielkie usługi, zdaje się, odda metoda elektrokardyograficzna.

b) Pawiński sądzi, że nie wszystkie zaburzenia czynnościowe zależą tylko od zmienionych warunków odżywiania włókien mięsnych serca, gdyż i układ nerwowy odgrywa w nich według wszelkiego prawdopodobieństwa ważną rolę. Nato wskazują niektóre przypadki nerwic serca, występujące wśród najlepszego zdrowia, trwające nieraz całe lata bez żadnego szkodliwego wpływu na sprawność mięśnia sercowego, jak również przypadki nagłego porażenia serca wskutek wzruszeń.

Posiedzenie kliniczne z 24. II. 1914.

1) Neugebauer przedstawił: a) **jaje pięciotygodniowe**, poronione samoistnie; b) **płód z ranami wskutek zbrodniczego poronienia**: po prawej stronie brzucha widać ranę kłutą, wątroba obnażona — wynik manipulacyi akuszerki; c) **potworka** 7-miesięcznego, żywo urodzonego, który zmarł w 5 minut po urodzeniu: brak otworu stolcowego, zewnętrznych części płciowych i otworu zewnętrznego cewki moczowej, zrośnięcie kończyn dolnych bez stopy; d) **kulę drewnianą** o przekroju 10 ctm., którą dwaj złodzieje przez zemstę wepchnęli swemu koledze do odbytnicy; kulę tę usunięto zapomocą kleszczy położniczych; e) chorą po operacyi **ciąży jajowodowej** donoszonej, rozwiniętej śródwięzadłowo bez pęknięcia jajowodu; przebieg ciąży był bardzo łagodny, bez wszelkich bólów.

2) Stan. Kopczyński przedstawił przypadek **aleksyi**, zależnej od ogniska rozmięknienia wskutek udaru w płacie ciemieniowo-potylicznym lewym.

3) Wernic wygłosił rzecz p. t.: **Nowoczesne poglądy na patogenezę, rokowanie i leczenie róży.** Anatomicznie róża jest to dermatolymphangoitis vesicularis streptococcica. Paciorkowce przenikają przez naczynia i przestrzenie chłonne. Sprawa zaczyna się w warstwie siatkowej, skąd szerzy się dalej. Źródłami szerzenia się róży najczęściej nie są przypadki tej choroby, lecz sprawy ropne, popołogowe, być może i płonica. Prelegent dzieli różę na miejscową (85%), uogólniającą się (10%), ze skłonnością do nawrotów (5%). Zaznacza istnienie róży bez zajęcia skóry i bez ciepłoty podniesionej. Rozpoznanie radzi opierać na całokształcie przebiegu; najczęściej mylnie bywają rozpoznawane ukryte czyraki. Rokowanie zależy od siedziby róży, wieku, typu róży, stanu krwi, chorób poprzedzających i wikłających, pory roku. Róża kończyn dolnych często wywołuje poronienie. Korzystne działanie róży spostrzegano w nowotworach, gruźlicy, we wrzodach przewlekłych. Leczenie przyczynowe polega na uodpornianiu biernem (najlepsze wyniki po surowicy przeciwbłoniczej) i czynnem. Ze środków bakteryobójczych najlepiej działa kolargol, wstrzykiwanie terpentyny, przekrwienie; ze środków miejscowych okłady z alkoholu, płynu Burowa, maści borowej i wapiennej, kolodyum (nie na twarzy) z ichtyolem. Prelegent doszedł do wniosku, że róża nie przenosi się przez powietrze, lecz wymaga osoby trzeciej. Najczęstszem źródłem róży są cierpienia ropne i popołogowe; wyjątkowo chory na różę wydziela zarazek zdolny do życia i zarażania. Zjawianie się róży na oddziałach wewnętrznych nie jest skutkiem wyłącznym pierwszego przypadku, lecz może być skutkiem działania psychicznego, wyzwalania się otorbionych paciorkowców. Róża daje rokowanie takie samo, jak odra. Walka z nią, to walka ze sprawami ropnemi.

W dyskusyi: a) Luxenburg zaznacza, że w jego praktyce szpitalnej ani jeden z chorych na choroby wewnętrzne nie zaraził się różą od sąsiadów. Śmiertelność z tej choroby jest bardzo mała. Co do leczenia, to żadnemu ze środków wewnętrznych nie można przypisać wpływu leczniczego. L. widział po srebrze koloidalnem pomyślne wyniki.

b) Trzciński sądzi, że różę należy traktować jako chorobę wysoce zaraźliwą. T. zaleca okłady parujące z alkoholu absolutnego.

c) Jaworski J. przytacza przypadek z własnej praktyki, dowodzący identyczności etyologicznej róży i gorączki połogowej.

d) Zembrzuski L. ze stanowiska chirurgicznego twierdzi, że aczkolwiek przez proste dotknięcie chorego na różę zarażenie jest mało prawdopodobne, to jednak róża przyranna odznacza się szczególną złośliwością. Wszelkie przedmioty, które się zetknęły z raną chorego na różę i z nim samym, powinny być wyjałowione, a chorzy tacy odosobnieni Korzystniej też jest, aby zarówno wśród publiczności, jak wśród lekarzy utrwaliło się raczej przekonanie o zaraźliwości róży.

e) Lande spostrzegał w szpitalu szereg sporadycznie występujących zakażeń w razie przyjęcia na oddział wewnętrzny chorego z różą, po odnowieniu sali zakażenia; te się nie zdarzały, dopoki nowy przypadek róży się nie zabłąkał.

f) Saski St. zaznacza, że należy się liczyć z zaraźliwością róży, czego dowodzą jego spostrzeżenia z oddziału wewnętrznego.

Tadeusz Borzęcki.

24. Zjazd francuskich chirurgów

w Paryżu 6—11 października 1913

podał **Dr Adolf Klęsk.**

Prezydent Zjazdu Kirmisson otworzył obrady odczytem, w którym podniósł wielki postęp nowoczesnej chirurgii ortopedycznej.

Baumgartner (Paryż) omawiał następnie jeden z tematów głównych: **Sposoby krwawego leczenia zesztywnienia stawów**, a więc wycinanie częściowe stawów, wycinanie całkowite i wszczepianie nowego stawu, a wreszcie interponowanie części miękkich. Najczęściej stosuje się obecnie uruchomienie w stawach żuchwy, łokciowych i biodrowych w razie obustronnego zesztywnienia.

Denné rozwodził się nad operacyami w pojedynczych stawach, tę samą sprawę omawiał Tubby (Londyn) i Putti (Bologna), zalecając do interpozycyi płaty powięzi. W dalszej dyskusyi przemawiali Lardennois, Judet, Roux i t. d.

Drugim tematem głównym była: **Chirurgia kiszki grubej.** Opracowali ją ze stanowiska anatomicznego Patel (Lyon), techniki operacyjnej Duval, badania wziernikami Friedel, radioskopii Aubourg.

Trzeci temat: **Leczenie uszkodzeń czaszki, zadanych pociskami małego kalibru,** omawiali ze stanowiska chirurgii polowej Billet, a pokojowej Demoulin. Billet zaleca o ile możności postępowanie zachowawcze z wyjątkiem t. zw. postrzałów stycznych, gdzie bardzo często interwencya operacyjna jest potrzebna. Demoulin przy postrzałach rewolwerowych zachęca do postępowania czynnego. Willems omawia swe doświadczenia w wojnie bałkańskiej. W dyskusyi omawiano dalej ten temat, a zwłaszcza możność radiologicznego określania położenia pocisków. Z dalszych tematów wspomnieć należy o następujących: Wyjaławianie z pomocą par formolu (Barthelemy i Gross), aseptyka ran (Sorel), ogólne znieczulenie rdzeniowe stowainą (Jonnescu), znieczulanie miejscowe pozaoponowe, leczenie raka piorunowaniem, technika operacyi brzusznych (zalecano cięcie poprzeczne), leczenie skrzywień kręgosłupa sposobem Abbotta (Calot bardzo je zachwala) i t. d.

Na najbliższy Zjazd obrano jako tematy: 1) Urazy stawu ręcznego bez rany. 2) Guzy przynerkowe. 3) Rak języka.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Deontologia zdrojowa.

Wydziały obu Izb lekarskich galicyjskich uchwaliły na wspólnem posiedzeniu w d. 5. V. 1914 w Krakowie następujące przepisy o wzajemnym stosunku lekarzy zdrojowych i lekarzy ordynujących.

I. Obowiązki lekarza ordynującego.

1. Lekarz ordynujący powinien przy wyznaczaniu zdrojowiska mieć na względzie przedewszystkiem dobro chorego. Gdy tych samych wyników według najlepszej wiedzy i przekonania oczekiwać może z leczenia w zdrojowisku krajowem, powinien dać mu pierwszeństwo.

2. W zasadzie wybór lekarza zdrojowego należy do chorego. Gdyby więc pacyent sam wymienił pewnego lekarza zdrojowego, któremu stanowczo chce się oddać w leczenie, lekarz ordynujący nie powinien wpływać na zmianę w tym względzie i innego kolegę w zakresie tej samej specyalności zalecać.

3) Lekarz ordynujący, wysyłając chorego do zdrojowiska, powinien ograniczyć się wobec chorego tylko do ogólnych uwag o leczeniu zdrojowem, a jedynie w razie bardzo ważnych przeciwwskazań może o nich chorego zawiadomić. Szczegółowa or-

dynacya w zdrojowisku i przeprowadzenie leczenia zdrojowego należy do zakresu lekarza zdrojowego, który jednak ma obowiązek uwzględnić wskazania, a zwłaszcza przeciwwskazania, podane przez ordynaryusza.

4. Lekarz ordynujący przesyła w każdym wypadku, o ile to tylko jest możliwe, najlepiej bezpośrednio pod adresem lekarza zdrojowego, informacye o rozpoznaniu, szczegółach wywiadów, przebiegu cierpienia, dotychczasowem leczeniu chorego i skutkach leczenia, podając koledze sezonowemu tylko ogólny kierunek leczniczy, wskazania i przeciwwskazania, a nadto zwracając jego uwagę na pewne właściwości chorego, somatyczne psychiczne, idyosynkrazye, dziedziczność i na jego położenie społeczne. Chorych, którzy kilka razy przebywali w pewnem zdrojowisku i znają dokładnie miejscowe stosunki, względnie stale leczą się tamże u tego samego lekarza zdrojowego, może ordynaryusz wysłać bez listu, jeśli w stanie ich zdrowia nie zaszło jakieś nowe powikłanie.

II. Obowiązki lekarza zdrojowego.

5. Nie przystoi, by lekarz zdrojowy przed sezonem n a c h o d z i ł wpływowe osoby, zakłady i lekarzy o n a d s y ł a n i e m u p a c y e n t ó w. Wolno lekarzowi zdrojowemu rozsyłać przed sezonem listy do lekarzy o swej praktyce sezonowej i podczas całego sezonu zamieszczać zwykłe ogłoszenia w pismach lekarskich i codziennych;

6. W stosunku z chorymi lekarz zdrojowy ma jak najściślej przestrzegać ogólnie obowiązujących przepisów etyki lekarskiej, a w szczególności powinien starannie czuwać, by pacyent względem lekarza ordynującego zachował niezachwiane zaufanie. Nie wolno więc lekarzowi zdrojowemu krytykować wobec chorego lub zmieniać rozpoznania choroby lub wdawać się w krytykę poprzedniego leczenia. Uwagi i spostrzeżenia wszelkie pod względem rozpoznania, leczenia, rokowania, zaleca się przesłać bezpośrednio pod adresem lekarza ordynującego, względnie domowego.

7. Po ukończeniu leczenia jest bardzo wskazanem, by lekarz zdrojowy przesłał lekarzowi ordynującemu krótkie sprawozdanie o przebiegu leczenia. Lekarz zdrojowy po ukończeniu leczenia sezonowego powinien wstrzymać się od udzielania choremu ordynacyi na przyszłość i skierować go z powrotem do ordynaryusza. Jedynie w takich przypadkach, gdy chory, opuszczający zdrojowisko, nie ma stałego lekarza ordynującego, może lekarz zdrojowy udzielić mu najniezbędniejszych ogólnych wskazówek i przepisać leczenie na najbliższą przyszłość. Nie wolno lekarzowi zdrojowemu po ukończeniu sezonu obejmować w dalsze leczenie stałe chorego, którego mu kolega ordynujący do zdrojowego leczenia polecił. Również nie wolno lekarzowi zdrojowemu po ukończeniu leczenia zdrojowego zalecać pacyentowi innego lekarza ordynującego, a nie tego, w którego leczeniu chory przed leczeniem sezonowem pozostawał.

8. W przypadkach ważnych powikłań, powstałych w czasie leczenia sezonowego, wyłaniających się nowych wskazań lub przeciwwskazań, oraz w razie potrzeby zabiegu operacyjnego, powinien lekarz zdrojowy, o ile to tylko możliwe, porozumieć się z lekarzem wysyłającym, a gdyby to nie było możliwem, odbyć naradę z innym kolegą i zawiadomić o jej wyniku ordynaryusza.

9. Jeżeli lekarz zdrojowy uzna, że chory nie kwalifikuje się do leczenia w tem zdrojowisku, powinien choremu poradzić wyjazd ze zdrojowiska w tak oględny sposób, aby nie narazić zaufania chorego do ordynaryusza.

III. Obowiązki lekarzy zdrojowych w stosunkach wzajemnych.

10. W stosunku wzajemnym obowiązują lekarzy zdrojowych ogólne zasady etyki lekarskiej. — Pożądanem jest, by lekarze zdrojowi w każdem zdrojowisku ułożyli za wspólnem porozumieniem taryfę za czynności lekarskie, którą należy przesłać Izbie lekarskiej do zatwierdzenia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. III. Zjazd balneologiczny polski w połączeniu ze Zjazdem turystycznym odbył się w Krakowie w d. 4. i 5. maja 1914. Ogólne sprawozdanie ze Zjazdu podamy w zeszycie następnym.

— Na tablicę ś. p. Dr Droby złożył w Redakcyi »Przeglądu lek.« Dr Poźniak 2 K.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. IV. do 25. IV. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (obcych 1 † —), krztuśca 2 † 2 (— † —), ospy wietrznej —, płonicy 10 † 3 (— † —), odry 3 — (— † 1), duru brzusznego 2 † — (1 † —), czerwonki 1, róży 2 † 1 (— † —), Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 7. V. 1914 znajdowały się m. i. następujące komunikaty: 1) K. Stołyhwo: Demonstracya schematu do badań antropologicznych. 2) J. Sosnowski: O przebiegu zjawisk wtórnych elektrycznych w nerwie. 3) I. Swiętochowski: Analiza fali pulsowej. 4) J. Tur: O pochodzeniu wielokrotności rdzenia i jej znaczeniu morfologicznem. 5) R. Jakimowicz: Materyał osteologiczny z cmentarzyska w Niewiadomej na Podlasiu.

— Towarzystwo naukowe warszawskie utworzyło pracownię chemii fizyologicznej i patologicznej i rozszerza urządzenia pracowni serologicznej

— Kierownictwo działu chorób płuc w zakładzie Sławuckim objął po ś. p. Dr Dobrzyckim Dr Stanisław Tuz.

— Do Zarządu Towarzystwa higienicznego warszawskiego na r. 1914 wybrani zostali z lekarzy: Dr Polak, Chełchowski i Kosmowski.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie urządza w jesieni r. b. wystawę miast i mieszkań, we własnym gmachu. (Med. i Kron. lek. 18).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 27. IV. do 4. V. 1914 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 3 † —, róży 3 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W Raguzie w Dalmacyi otwarł Dr Solecki »Dom dla ozdrowieńców«.

— Komisya Dumy państwowej rosyjskiej uchwaliła następujące płace dla profesorów uniwersytetu: profesor zwyczajny 4.500 rb. z 2 pięcioleciami po 750 rb., nadzwyczajny 3000 rb. z pięcioleciami po 500 rb., dodatek dla dyrektorów zakładów i klinik po 1200 rb., za dodatkowych 6 godzin zajęć ze 150 słuchaczami 600 rb.; profesorowie nie będą pobierać czesnego. (Med. i Kron. lek. 18).

Zmarli: Dr K. Rząśnicki w 28 r. ż. w Rewlu (z duru); Dr Wacław Dobrowolski w 63 r. ż. w Petersburgu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.